

Universidad Nacional de San Martín
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Carrera Profesional de Obstetricia

**Muerte Materna: Causas directas e indirectas
en el Hospital Apoyo Iquitos 1988 - 1998**

T E S I S

Para Optar el Título Profesional de :

O B S T E T R A

TESISTA :

Br. Wilder Vásquez Alva

Asesor: Obst. Grother Hidalgo Torres

Tarapoto — Perú

1999

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN

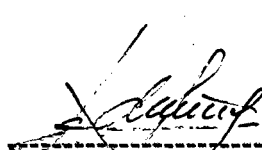
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

JURADO CALIFICADOR:



Obst. MARINA HUAMANTUMBA PALOMINO
PRESIDENTE



Med. JORGE RODRÍGUEZ GÓMEZ
MIEMBRO



Obst. PEDRO VARGAS RODRÍGUEZ
MIEMBRO

DEDICATORIA

A mis queridos padres:

WILDER Y MARÍA, como muestra de amor gratitud y cariño por su abnegada labor, sacrificio moral, espiritual y económico, quienes me inculcaron la fe, el amor y el respeto a las personas, por haber cultivado en mí el espíritu de la verdad y la justicia.

A mi sobrina y hermanas ABIGAIL, NERIT y LESITH quienes me brindaron cariño, comprensión, apoyo moral y espiritual incentivando en mí el amor al estudio y a la superación.

A mis queridos abuelitos que en paz Descansen : Miguel y Otilia, tíos cuñado y demás familiares quienes me brindaron cariño, comprensión y apoyo moral.

EL AUTOR

AGRADECIMIENTO

Un sincero agradecimiento a mi asesor Obst. GROTHIER HIDALGO TORRES, por su apoyo, orientación y asesoramiento brindado en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Al Ex Director del Hospital Apoyo Iquitos "CÉSAR GARAYAR GARCÍA" Dr. Víctor Noriega Reátegui y al actual Director Dr. Julio Arévalo, por haberme dado la oportunidad de realizar mi prácticas pre-profesionales y al mismo tiempo desarrollar este trabajo de investigación.

Un sincero agradecimiento a la Obst. Lily Raimundo Sarabia quien me brindó comprensión, apoyo moral y espiritual durante mis prácticas Pre - profesionales.

A todos los profesionales; médicos, obstetrices: personal técnico, administrativo y de servicio del Hospital por las enseñanzas y apoyo desinteresado.

A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad nacional de San Martín por sus sabias enseñanzas impartidas durante mi formación profesional, y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron a mi formación profesional.

A la Obst. MsC. Maribel Becerril Iberico, por el apoyo brindado durante el proceso del presente trabajo de investigación

EL AUTOR

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue determinar las causas directas e indirectas de muerte materna en el Hospital Apoyo Iquitos César Garayar García, durante el período de 1988 -1990, para tal efecto se realizó un estudio de casos y controles con recolección retrospectiva de datos. Nuestra población y muestra de estudio estuvo conformado por 65 muertes maternas ocurridos dentro del período de estudio, nuestros resultados confirman que la tasa de mortalidad materna es de 23.1 por 10,000n.v. y las causas directas e indirectas fueron:

DIRECTAS:

- Hemorragia Shock hipovolémico
- Eclampsia
- Sépsis puerperal
- Síndrome de Help

INDIRECTAS:

- Transtornos cardio vasculares
- Malaria Falciparum
- Cirrosis hepática

Espero que el presente trabajo sirva de base para estudios posteriores afines al tema.

INDICE

	Pag
I. INTRODUCCIÓN	7
II. OBJETIVOS	14
III. MARCO TEÓRICO	15
IV. METODOLOGÍA.....	36
V. RESULTADOS	39
VI. DISCUSIÓN	46
VII. CONCLUSIONES	51
VIII. RECOMENDACIONES	52
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
X. ANEXO	57

I. INTRODUCCIÓN

Hace 50 años, las naciones fundadoras de la Organización Mundial de la Salud afirmaron que era necesario prestar especial atención a la salud de las mujeres (especialmente a las madres y a los niños). La población del mundo se ha beneficiado de importantes logros en torno a la supervivencia infantil, la disminución de la mortalidad infantil, el aumento en la expectativa de vida y la eliminación de algunas enfermedades. No obstante, en otras áreas como la salud materna, el progreso no ha sido el mismo. Debido a fallas colectivas, la tragedia de la mortalidad materna aún es fuente de sufrimiento e injusticia en nuestras sociedades. La gravidez y los nacimientos son eventos especiales en la vida de las mujeres y sus familias y pueden ser motivo de esperanza y felicidad, pero también pueden ser motivo de miedo, sufrimiento y muerte. Aunque el embarazo es un proceso fisiológico natural, se asocia a ciertos riesgos para la salud y sobrevivencia de las madres y de los niños. En algunas áreas, el parto todavía representa un viaje a lo desconocido, del cual muchas mujeres no regresan nunca. Esta situación es intolerable en virtud de que se tiene el conocimiento de cuáles

son las intervenciones que hacen a la maternidad segura. Los servicios necesarios no son complejos ni caros y la reducción de la mortalidad materna es una de las estrategias de más costo-efectivas en el área de salud pública. El acceso a la atención de la salud, especialmente en el momento crítico del nacimiento, puede ayudar a que la llegada de un niño sea un evento feliz.

La mortalidad materna es un problema crítico en el continente americano, con un promedio de 140 defunciones por 100,000 nacidos vivos. (En los Estados Unidos, el promedio es de 12 defunciones por 100,000 nacimientos.) Las causas directas de la mortalidad materna incluyen hemorragia, aborto, hipertensión relacionada al embarazo, intoxicación bacteriana y complicaciones durante el parto. Estas enfermedades pueden prevenirse o controlarse en gran parte mediante el aumento de la planificación familiar, atención prenatal, partos limpios, debida atención post-natal y durante las emergencias obstétricas.(1)

Hay que reconocer que la reducción de la mortalidad materna no es sólo un asunto de atención efectiva de la salud, sino que

es también de justicia social. Los riesgos que una mujer enfrenta al traer vida al mundo no son infortunios y desventajas naturales inevitables, sino que son injusticias que la sociedad tiene el deber de remediar por medio de sus sistemas legales, políticos y de salud. La OMS se está renovando a nivel global, regional y nacional para responder a los retos de los próximos 50 años. Uno de estos desafíos es la lucha efectiva contra la inequidad social, en la cual la maternidad insegura es particularmente un ejemplo trágico. (3)

En nuestro medio y país no se consigue disminuir los índices de mortalidad materna ya que tenemos realidades diferentes; mientras que la atención prenatal y natal es alta en las ciudades, en el campo sólo el 15.2% de partos son atendidos por profesionales. El 20% de los partos que se atiende en los establecimientos de salud del Perú corresponde a adolescentes. Y el 20% de las muertes asociadas a aborto se da en el grupo etáreo de 10 a 19 años. De cada diez muertes una es de mujeres entre 15 y 19 años. (3)

La ciudad de Iquitos no esta exenta del grave problema de mortalidad materna, la cifra es elevada a pesar de las medidas adoptadas por el sector salud, también se entiende que para mejorar este problema se tiene que trabajar con varios sectores en forma conjunta, sobretodo en los aspectos preventivo.

Según el INEI cerca del 15% de las muertes maternas corresponde a gestantes adolescentes, entre quienes además ocurre el 20% de las muertes por aborto. Se estima que anualmente se producen 75 mil nacimientos de madres menores de 20 años.

Entre las causas encontradas que provocaron la muerte de las mujeres, el aborto clandestino fue uno de los grandes vencedores en la mortalidad materna. Sin embargo la ilegalidad del aborto provoca que este no se estipule dentro de los certificados de defunción dejando un vacío de las causas reales de la muerte materna. (INEI).

La anemia, la mala nutrición, la violencia familiar y la falta de atención durante el embarazo, parto y puerperio son otros de los factores que conllevan a la muerte materna (Registro Salud).

La mortalidad de mujeres por causas derivadas del proceso reproductivo refleja no sólo una pérdida biológica y Psicosocial en términos de muertes ocurridas, sino también el grado de severidad de un costo y una medida predictiva de la calidad de vida y de las perspectivas futuras, para aquellas que sobreviven.

En la Región Loreto, la mortalidad materna continúa siendo un problema de salud relevante, toda vez que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio figuran frecuentemente entre las primeras cinco causas de defunción de las mujeres en edad fértil.

Si se analiza detenidamente el conjunto de resoluciones que la Organización Panamericana de la Salud presentó en su XXIII Conferencia, apoyando la iniciativa para una maternidad sin

riesgos, que busca reducir la mortalidad materna en el 50 % para el año 2000 y que entre sus estrategias está "Asegurar la existencia de un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, sobre muertes de mujeres en edad fértil para que proporcione información suficiente en cantidad y calidad, que permita conocer la magnitud del problema, sus causas y las determinantes sociales de la mortalidad materna", se comprende hasta dónde llega la importancia que desde el punto de vista preventivo tienen las acciones de salud que se ejerzan en la Atención Primaria de Salud con vistas a reducir este indicador. Recordemos que el Programa de Riesgo preconcepcional establece identificar a las mujeres en edad fértil con factores de riesgo para su adecuado control y dispensarización (2)

Ante la ausencia de datos regionales completos, oportunos y comparables, que permitan la construcción de indicadores para el estudio de la salud materna, se continúa haciendo uso universal y frecuente de las tasas de mortalidad a nivel de otras regiones, sobre todo del nivel central, con todas las

limitaciones que ello implica; de ahí la importancia y la necesidad del presente estudio.

El presente trabajo aportará a los sectores interesados en la salud de la mujer información sistematizada y verificada en forma científica sobre el problema de la mortalidad materna, porque sólo conociendo su magnitud, sus causas y consecuencias podremos tener elementos que apoyen el trabajo de la búsqueda de factores que neutralicen el problema y por ende disminuyan los índices de mortalidad materna.

Por todas estas consideraciones el afán de realizar la presente investigación, que lo sintetizamos en la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las causas directas e indirectas de la muerte materna en el Hospital de Apoyo Iquitos durante los años 1988 - 1998?

II. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

2.1 GENERALES:

Determinar las causas directas e indirectas de la muerte materna en el Hospital de Apoyo Iquitos.

2.2 ESPECIFICOS:

- Identificar las causas de muerte materna
- Determinar la tasa de mortalidad materna por años
- Identificar el momento y lugar de ocurrencia de la muerte materna.

III. MARCO TEORICO

3.1 ANTECEDENTES

En Chile, en 1986, el 12.4% de las muertes maternas sucedieron durante el embarazo, el 17.8% en el parto, el 34.9% en el puerperio y el 34,9% como consecuencia de aborto. Entre los años 1936 a 1985 se apreció un sostenido descenso, dado a la cobertura institucional y profesional de la atención del parto en Chile (Ristori 1987)

México, D.F., enero de 1999. (Román González/CIMAC).-

En la Región de los Altos de Chiapas la muerte materna persiste como un problema de salud pública. En la zona todavía se presenta tasa de muerte materna de 457 por cada 100 mil nacidos vivos lo que refleja un retraso de más de 20 años en la atención de la salud, según resultados del estudio realizado por el Colectivo de Encuentro entre Mujeres A.C. Colem y el CIESAS-sureste.

El estudio señala que esto es inadmisibile cuando el 90 por ciento de las muertes maternas son evitables si se cuentan con recursos de atención suficiente y de calidad.

Entre los 17 municipios indígenas que conforman la región de los Altos de Chiapas solo 3 tuvieron una incidencia de cero muertes maternas en 1993, mientras que en los municipios como Altamirano, Chenalhó, Larrainzar y Tenejapa, municipios considerados de pobreza extrema, se concentraron el mayor número de muertes maternas de la región.

En esta área se concentra la tercera parte de la población indígena estatal, 85 por ciento de la cual es de cinco años y más. Existe un nivel de monolingüismo superior al 25 por ciento con relación al promedio estatal. Prácticamente toda la población puede considerarse rural y casi 70 por ciento se encuentra dispersa en parajes y rancherías de difícil acceso y comunicación, donde no se dispone de los servicios elementales. Las principales causas por las cuales murieron las madres fueron hemorragia, parto obstruido y aborto.

En el municipio de Chenalhó, por ejemplo, se hizo un seguimiento de 40 muertes de mujeres en edad reproductiva, de las cuales 11 fueron muertes relacionadas con la maternidad, aunque no fueron registradas como

tales. De éstas, se sabe que solo una buscó atención médica y que el resto contaba con atención indígena tradicional. Ninguno de los familiares había relacionado estos fallecimientos con el puerperio o el embarazo.

En Chiapas de 1994 a 1998 el gobierno federal y el estatal canalizaron un total de 65 mil millones de pesos en infraestructura de salud, educación, caminos y carreteras, entre otros. Esta inversión en la realidad no se ve reflejada, pues de sus 3.7 millones de habitantes, el 90 por ciento vive en la pobreza, sin acceso a servicios de salud, de educación y transporte.

En este contexto, los mayores niveles de mortalidad y fecundidad de la región, se asocian a condiciones socioeconómicas desfavorables. Este vínculo generalmente se traduce en un círculo vicioso entre pobreza y rezago demográfico.

Ante el panorama que se vive en la Región de los Altos, el estudio enfatiza la urgencia de establecer medidas que le garanticen a las mujeres ser atendidas en cualquier institución de seguridad social o pública de salud, independientemente de que sean derechohabientes o no.

(12)

Jorge Antonio Cardona, director de salud reproductiva del IMSS (Instituto Materno de la Seguridad Social) de Venezuela, señaló que ha habido una reducción de la mortalidad materna de 93-97 en 10 puntos porcentuales, sin embargo señaló que sigue siendo las principales causas de muerte dentro del IMSS la preclampsia-eclampsia, sepsis, hemorragia y secuelas de abortos practicados, que representan el 77 por ciento de las muertes maternas en la institución, todas de ellas prevenibles y evitables con una detección oportuna.

Una de cada 2 mujeres que muere en el IMSS ha sido por preclampsia o eclampsia, 3 de cada 10 son primerizas, 4 de cada 10 se mueren después de 37 semanas de

embarazo; una de cada tres acude a consulta perinatal durante el primer trimestre de embarazo y a propósito de la panacea acerca de la cesárea reconoció que este método representa entre el 36 y 38 por ciento de los nacimientos del IMSS. El 27 por ciento de los hijos que sobreviven a estos problemas a la postre también mueren. (5)

En México existe un subregistro de la mortalidad materna de hasta el 60 por ciento, debido a la falta de cuidado en la identificación de las causas de muerte de la mujer en edad reproductiva y a que una cuarta parte de estas muertes ocurren dentro del hogar (5). Así lo señaló el Director General de estadística e informática de la Secretaría de Salud, Miguel Angel Lezana, durante el primer día de trabajo de la II Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos.

El funcionario destacó que entre las principales causas de muerte materna siguen estando: la toxemia, la hemorragia e infecciones, todas ellas prevenibles y curables si son detectadas y atendidas oportunamente. Sólo en el año de

1996 en nuestro país se registraron 1291 muertes maternas por alguna de estas causas.

Entre los principales estados en que se registra el mayor número de muertes maternas se encuentran: Morelos, Oaxaca, Puebla, Guerrero, Estado de México y Chiapas.

En términos generales, explicó Lezana, la mortalidad materna ha descendido; en 1990 el total de muertes maternas fue de mil 477 para 1996 la cifra oficial fue de 1291 -sí se toma en cuenta el subregistro del 60 por ciento- esta cifra se elevaría a 2066 muertes maternas.

El 60 por ciento de las muertes maternas registradas durante 1996 fueron de mujeres casadas y una cuarta parte del total fueron mujeres en unión libre, lo cual hace suponer que la mayoría de estas mujeres dejaron huérfanas y huérfanos.

Nueve de cada diez muertes maternas registradas durante el año 1996 fueron mujeres con primarias completa o sin escolaridad, seis de cada diez muertes maternas se registraron entre los 25 y 44 años de edad. Una cuarta parte de las muertes maternas ocurren en el hogar, es

decir, sin posibilidad de recibir atención médica que podría, tal vez, haber evitado esta muerte y una quinta parte de los certificados de defunción son expedidos por un médico, lo cual habla de un problema en la calidad de la atención, agregó Lezana. (5)

Paz López asesora del programa de Naciones Unidas para la Mujer, señaló que al hablar de mortalidad materna es necesario tomar en cuenta las condiciones sociales de la mujer, por ejemplo el acceso a los servicios de salud que en nuestro país se da de manera inequitativa.

En un estudio realizado por este organismo sobre el tema y las condiciones sociales se encontró que aquellas mujeres que habitan en casa con piso de tierra, es decir mujeres pobres, reciben atención médica en apenas un 57 por ciento, y en los estados denominados "prioritarios" esta atención es aún más baja, registrando un 42 por ciento de las mujeres pobres que han sido atendidas en los servicios de salud. Mientras que en el campo las mujeres recibieron en un 57 por ciento atención durante el parto,

aquellas que habitan casas con piso de tierra, lo recibieron en un 38 por ciento, y las que contaban con algún recubrimiento en el piso lo lograron en un 71 por ciento. Estas diferencias simplemente hablan de una marginación en medio de la cual las mujeres embarazadas enfrentan sus partos, (3).

Mortalidad materna Intrahospitalaria en los estados Unidos de Norte América: Tendencias Temporales en Relación con el Método de Parto. Diana B. Petitt, Roberth C. Céfalo, San Shapiro y Peggy Whalley, examinaron las tendencias temporales en la mortalidad materna en los estados Unidos de Norte América al analizar datos provenientes del estudio de actividades profesionales de la "Comisión de Actividades Profesionales y Hospitalarias" en 1970, 1974 y 1978. La mortalidad de los partos complicados declinó del 25.7/100,000 en 1970 a 14.3 en 1978. La mortalidad por partos mediante cesárea disminuyó mas que la de los partos vaginales. La mortalidad en los partos complicados por Distocia o mala presentación se redujo significativamente solo de 1970 a

1974. La de los partos complicados por Cesárea previa o hemorragia en el embarazo, no disminuyó significativamente. En la mayor parte de las complicaciones, la mortalidad fue por lo menos dos veces más elevada en los partos por cesárea que en los vaginales. Comparando la mortalidad consecutiva a cesárea previa con la de los partos abdominales y los partos vaginales sin complicaciones, los autores concluyen que la cesárea es probablemente dos a cuatro veces más riesgosa que el parto vaginal. El estudio, sien embargo, presenta ciertas limitaciones. La cantidad de muerte en muchas categorías diagnósticas fue demasiado pequeña para un análisis significativo. No hubo información acerca de la relación de la mortalidad materna con la disponibilidad de recursos profesionales y técnicos, lo cual ejerce ciertamente influencia sobre los riesgos de ambos métodos de parto.

Riesgo de Muerte comparativo por aborto inducido a más de 12 semanas de gestación, efectuado con anestesia local, respecto de anestesia general. Herebert B., Peterson David

A. Grimes, Willard Cates, H. y George L. Rubín a través del Centro de Control de Enfermedades (Atlanta), observan que las complicaciones de anestesia son en la actualidad la principal causa de muerte por aborto a partir de las 12 semanas de gestación. Estimaron las proporciones entre muertes y casos según la técnica anestesia para los abortos efectuados en los Estados Unidos de Norte América entre 1972 y 1997, a fin de comparar el riesgo de mortalidad de estos abortos utilizando anestesia local y general.

Fueron incluidas todas las muertes identificadas por la supervisión nacional de la mortalidad por aborto de los Centros de Control de Enfermedades. Los datos referidos a abortos efectuados en clínicas no hospitalarias se obtuvieron mediante del Estudio Nacional del Instituto Alan Guttmacher, de reportes de abortos, en 1976 y 1977. Para el análisis, "anestesia local", se definió como anestesia paracervical o intracervical con la administración de un analgésico o sin ella; "Anestesia General" fue la anestesia general inducida y mantenida por un agente o varios, con administración de un analgésico o sin ella. Las

15 mujeres que fallecieron por complicaciones relacionadas con la anestesia pertenecían a un grupo aproximadamente 5.1 millones que efectuaron abortos a una edad gestacional > 12 semanas, durante este período este hallazgo da por resultado una proporción muertes/casos en relación con la anestesia de 0.29 muertes/100.000 abortos. Los abortos llevados a cabo con anestesia general presentaron un índice crudo muertes/casos de 0.58 muertes/100.000, siendo esta incidencia para la anestesia local de 0.15 muertes/10,000 abortos. En el caso de las muertes no relacionadas con la anestesia, los índices acusados comparables fueron de 0.49 y 0.28 respectivamente.

De tal modo, los índices ajustados muertes/casos referidos a abortos con anestesia general revelan un mayor riesgo de muerte que cuando el aborto se lleva a cabo con anestesia local. Los profesionales que efectúan abortos a una edad gestacional > 12 semanas y sus pacientes deben tener presente la magnitud de esta diferencia en riesgo cuando eligen la técnica anestésica para el aborto.

Riesgo de muerte de procedimientos combinados de aborto - esterilización. ¿Pueden estar justificadas la histerotomía o la histerectomía?. Algunas mujeres que requieran aborto electivo también desean esterilización permanente. Ciertos investigadores han recomendado la histerotomía o histerectomía en las mujeres que desean el aborto y la esterilización concomitantes; otros piensan que los riesgos de morbilidad y mortalidad aumentan mucho, Hani K. Atrash, Herebert B., Peterson David A. Grimes, Willard Cates (Centro de Control de Enfermedades, Atlanta), identificaron todas las mujeres por aborto esterilización concomitantes ocurridas en los Estados Unidos de Norte América entre 1972 y 1978 y compararon los casos de histerotomía con ligadura tubaria o histerectomía y los casos de curetaje o procedimientos de instalación con ligadura tubaria por laparoscopia o laparotomía. Se estimaron los índices muertes/casos utilizando datos del Programa. Cinco muertes siguieron a la histerectomía y tres a la histerotomía con ligadura tubaria, catorce muertes siguieron a otros procedimientos de aborto esterilización concomitante. La edad materna

promedio fue de 32 años y la cantidad promedio de partos, de 3. Doce de las 22 mujeres presentaron cuadros médicos preexistentes. Nueve muertes se debieron a embolia pulmonar, 3 a las complicaciones de la anestesia general y tres a hemorragia intraabdominal. Tres pacientes fallecieron por peritonitis-sepsis. El riesgo de muerte por un procedimiento concomitante de aborto-esterilización, fue 3,3 veces mayor en el grupo de histerotomía. Los riesgos relativos de este grupo fueron máximos (4.6) en las primeras 12 semanas de gestación y mínimos (1.3) a las 13 semanas o más tarde sin relación con la presencia o no de cuadros médicos preexistentes. A menos que exista indicación de histerectomía diferente al control de la fertilidad, la histerectomía o la histerotomía no están justificadas para el aborto y la esterilización concomitantes, en especial antes de las 13 semanas de gestación.

En este estudio, las mujeres que fueron sometidas a histerectomía o histerotomía presentaron una probabilidad tres veces mayor de morir por la intervención que

aquellas sometidas a otros procedimientos de aborto - esterilización.

La tasa de mortalidad materna en el Perú es de 261 por 100 mil nacidos vivos, de acuerdo a lo encontrado por AMIDEP con los datos de ENDES II. Esto significa que cada año se registra alrededor de 1600 muertes de mujeres por causas relacionados con el embarazo parto y puerperio, en su mayoría evitable. Las principales causas son la hemorragia, el aborto, las infecciones, la hipertensión inducida por el embarazo y la tuberculosis; frecuencia del aborto puede ser enmascarada por la hemorragia en la infección. La mayoría de las muertes registradas se concentra en los hospitales públicos debido a la poca capacidad resolutive en todos los niveles de red de servicios para solucionar emergencias y complicaciones obstétricas. Estas muertes expresan la inequidad de género, puesto que las mujeres afrontan las peores tasas de pobreza; son además, las que acusan los niveles de educación más bajos, presentan bases altas de fecundidad gestaciones muy seguidas y, con frecuencia,

embarazos en los extremos de la vida, reproductiva. Cerca del 20% de los embarazos ocurre en las adolescentes, siendo en su mayoría indeseados y, con frecuencia, productos de la violencia sexual.

La salud y nutrición deficientes de la mujer desde antes de iniciar su vida reproductiva contribuye también a la mortalidad materna y perinatal. La anemia ferropénica afecta a más del 50% de las gestantes pobres de Lima Metropolitana.

La deficiente calidad y calidez, la poca capacidad resolutive de los servicios, las deficiencias para el acceso a la atención, las dificultades en el transporte, la falta de aplicación del enfoque de riesgo, así como, las deficiencias en el sistema de referencia y contrarreferencia para la atención de las emergencias y complicaciones obstétricas, condicionan también la elevada mortalidad materna.

En enero de 1996, el Ministerio de Salud pública el Programa Nacional de Salud Reproductiva y

Planificación Familiar 1996-2000, se incluye el Plan de Emergencia para la reducción de la mortalidad materna, dentro del cual se inserta la propuesta de la certificación de los hospitales para una maternidad segura.

3.2 BASE TEORICA:

Definición.- La defunción materna se define como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo debido a cualquier causa relacionada con el embarazo mismo o su atención, pero no por causa accidental.

La tasa de mortalidad materna se debe expresar como una tasa por 1000 nacidos vivos, aunque algunos países como el Perú y muchos de América Latina lo expresa por 10000 nacidos vivos. (Pérez Sánchez,)

La muerte materna puede obedecer a causas obstétricas directas o a causas indirectas, vale decir por complicaciones derivadas de patología materna previa.

Mortalidad materna por causa directa.- Alrededor del 95% de las muertes maternas se trata de defunciones

originadas por complicaciones obstétricas o de tratamientos puestos en práctica durante el embarazo, parto y puerperio. Sin pretender enumerarlas todas, las principales causas de muerte materna directa guiándonos por la IX Clasificación de Enfermedades son las siguientes:

- Aborto.
- Enfermedad hipertensiva del embarazo y del puerperio.
- Hemorragias del embarazo y del parto.
- Sepsis y otras complicaciones del puerperio.

Como sabemos, existe en la actualidad un incremento en el número de abortos y enfermedades de transmisión sexual, que conllevan a su vez a un aumento de la frecuencia de inflamaciones pélvicas que en los mejores de los casos alteran la anatomía de las trompas, lo que ha hecho que haya mayor incidencia de embarazo ectópico. Es fácil comprender que donde deben ser creadas todas las condiciones para prevenir estas entidades es en la atención primaria a donde se debe volcar la implementación y capacitación necesaria.

Lo mismo sucede con la enfermedad hipertensiva del embarazo, donde hay factores como las edades extremas, la mal nutrición por exceso y por defecto, el hábito de fumar, así como los antecedentes de nefropatía, diabetes, etcétera, que puede ser modificado o pueden hacerse acciones de salud para evitar embarazos cuando las condiciones son muy desfavorables, con un adecuado control de esas pacientes. En las pacientes con factores de riesgo de presentar pre-eclampsia, pueden realizarse masivamente las pruebas de predicción de padecer la enfermedad, como es la prueba de Gant que tiene resultados muy acertados y que pone en aviso al equipo de salud para darle un mejor control a éstas patologías.

Mortalidad materna por causa indirecta:- Es la muerte provocada por causas obstétricas indirectas, es decir complicaciones derivadas de patologías previas de la madre. Entre éstos merecen ser destacados: los posibles efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, la exposición ocupacional a diversos riesgos, la malaria y las enfermedades de transmisión sexual (Hatcher 1988, Bennedetti 1989)

El Programa Nacional de Acción para la Reducción de las Muertes Maternas, señala dentro de sus acciones y estrategias principales las siguientes:

- Identificar la población femenina con riesgo pre-concepcional, y poner en práctica medidas que modifiquen o disminuyan los factores de riesgo.
- Incentivar a más del 90 % el número de mujeres que comiencen su atención prenatal en el primer trimestre.
- Capacitar al personal a cargo de la atención de la embarazada, de modo particular al médico de la familia, para enfatizar los aspectos relacionados con el riesgo materno y perinatal.
- Mejorar la atención perinatal.

Hemos querido resaltar sólo algunos de los aspectos que están vinculados muy estrechamente con la atención primaria, que permiten modificar factores de riesgo y logran reducir con un trabajo adecuado y sistemático este indicador.

Recordemos, además, que hay en la atención primaria consultas de Planificación Familiar que son idóneas para una adecuada selección de las pacientes de mayor riesgo y su adecuado control. Esto para no mencionar también las actividades que pueden hacerse de educación sexual en escuelas, centros de trabajo, círculos de adolescentes, etc., para lograr disminuir el número de abortos y enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

Si se comprende también que la muerte materna afecta directamente a la pareja y por consiguiente a la familia y a la comunidad en que viven, se comprende la importancia que tiene el desarrollo de actividades encaminadas a lograr la meta de reducir la muerte materna en el 50 % para el año 2000, para lograr también una armonía y un adecuado funcionamiento familiar en nuestra población (6)

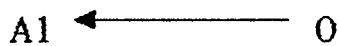
Las principales causas de la mortalidad materna siguen siendo las denominadas causas obstétricas (71%), aseguró el director de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, Gregorio Pérez Palacios, al clausurar la Segunda Conferencia Nacional Por una Maternidad sin Riesgos llevada a cabo en esta México. A diez años de haberse

realizado la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo, en Kenya, las hemorragias, toxemias, sepsis y aborto siguen siendo las principales causas de muerte de las mujeres, una de cada tres mexicanas muere por alguna de estas causas, explicó el funcionario. Una de las tareas a desarrollar, explicó Pérez Palacios, es ampliar y fortalecer el espaciamiento entre los hijos para reducir la mortalidad materna, ya que se ha comprobado que esta es una de las causas de riesgo de la muerte materna.

IV. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio. Se realizó un estudio DESCRIPTIVO; longitudinal y con recolección retrospectiva de los casos de muertes maternas ocurridas durante los años 1988 – 1998

4.2 Diseño de Contrastación. Para la contrastación de la hipótesis se hizo uso del diseño de investigación descriptivo simple, cuyo diagrama es el siguiente:



Donde:

A1 : Casos de muerte materna

O : Observaciones o mediciones hechas a los casos de muerte materna a fin de identificar las causas.

4.3 Población y muestra.

4.3.1 Universo muestral.- Estuvo conformado por las Historias clínicas de mujeres que acudieron al Hospital de Iquitos, al servicio de Gineco-obstetricia.

4.3.2 Población accesible conocida.- Historias clínicas de las mujeres que acudieron a dar a luz en el Hospital de Iquitos durante los años 1988 -1998

4.3.3 Muestra.- Conformada por 65 historias clínicas de las mujeres que murieron durante el período de estudio.

Tipo de muestreo.- Para la selección de casos se hizo uso del muestreo no probabilístico, intencionado al estudio.

Unidad de muestreo.- Un caso de muerte materna.

4.4. Plan de recolección de datos

4.4.1 Método.- Se utilizó el método de Observación y análisis de Historias clínicas.

4.4.2 Instrumentos.- Se utilizó los formularios ADHOC diseñados para la investigación y las Historias clínicas archivadas.

4.4.3 Procedimientos.- Se solicitó el permiso respectivo, a fin de obtener las facilidades necesarias para la revisión de las Historias clínicas de los casos de muerte materna.

Los datos requeridos se vaciaron en el formulario ADHOC (anexo1).

Se analizó los datos y se tabularon con el apoyo de paquetes estadísticos computarizados, como el EPIINFO.

Los resultados se exponen en tablas y gráficos.

4.5 Plan de Tabulación y análisis de datos.

Se hizo uso de:

- a. Estadística descriptiva. - El cual nos permitió analizar, comparar los cuadros y gráficos respectivos; usando las medidas de tendencia central y dispersión como: mediana, media aritmética, desviación estándar, rango, etc.
- b. Estadística Inferencial. - Para evaluar la diferencia entre las variables buscando causas, se hizo uso de la escala nominal:
 - Con causa o variable condicionante
 - Sin causa o variable condicionante

V RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO N°. 1

INCIDENCIA DE MUERTE MATERNA

AÑO	No. PARTOS	MUERTE MATERNA		TMM X 10,000	INCIDENCIA
		No.	%		
1988	5,497	07	1,27	14	1/785
1989	4763	05	1,05	18	1/953
1990	3428	06	1,75	34	1/571
1991	3033	06	1,98	30	1/506
1992	3526	03	0,85	12	1/1175
1993	3548	04	1,13	14	1/887
1994	3317	06	1,81	24	1/553
1995	3925	08	2,04	27	1/491
1996	4133	06	1,45	21	1/688
1997	3721	05	1,34	18	1/744
1998	4442	09	2,03	29	1/494
Total	43333	65	16,7	23.1	1/666

$$TMM = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ MM}}{\text{N}^{\circ} \text{ N.V.}} \times 10,000 \text{nv}$$

TMM = Tasa de Mortalidad Materna

No. MM = Número de Muertes maternas

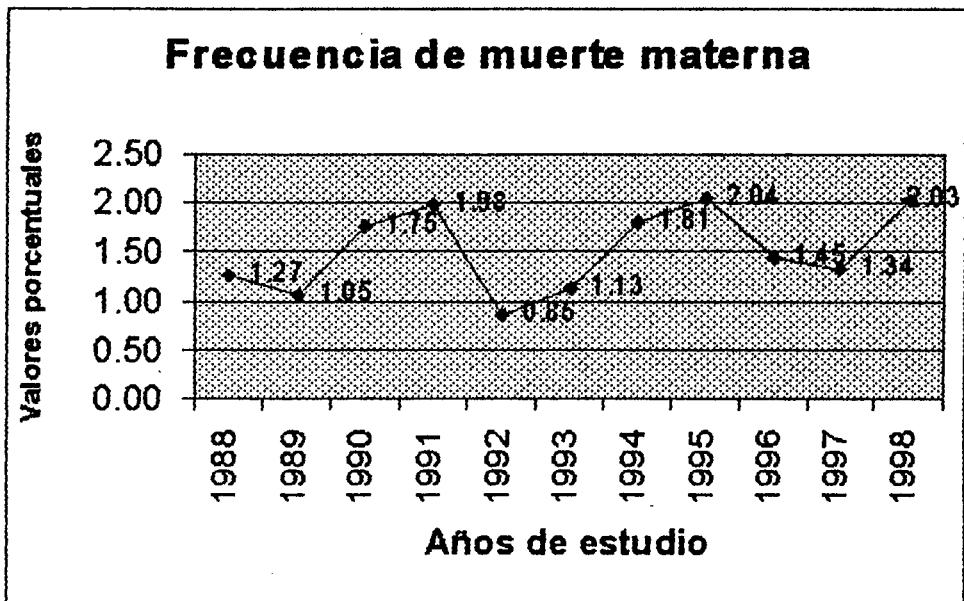
No. NV = Número de Nacidos Vivos.

En relación con la incidencia de muerte materna se observa un incremento en los últimos años (1995-1998).

La tasa de mortalidad materna oscila entre 12 a 34/10,000 N.V; siendo el promedio 23.1x10,000 N.V.

El Gráfico que a continuación presentamos nos da una visión pormenorizada de la incidencia de muerte según años.

Gráfico N° 1



CUADRO N° 2

LUGAR DE OCURRENCIA DE LA MUERTE MATERNA

LUGAR DE OCURRENCIA	CASOS DE MUERTE	
	No.	%
Hospitalización	32	49
Centro obstétrico	11	17
Sala de partos	09	14
Sala de operaciones	05	8
Otro lugar	08	12

De acuerdo al lugar de ocurrencia de la muerte se presenta un alto porcentaje del servicio de hospitalización 49% seguido en el Centro Obstétrico 17% resaltando también otro lugar, es decir sala de recuperación post-cesarea, emergencia entre otros.

Gráfico N° 2
Lugar de ocurrencia de la Muerte Materna

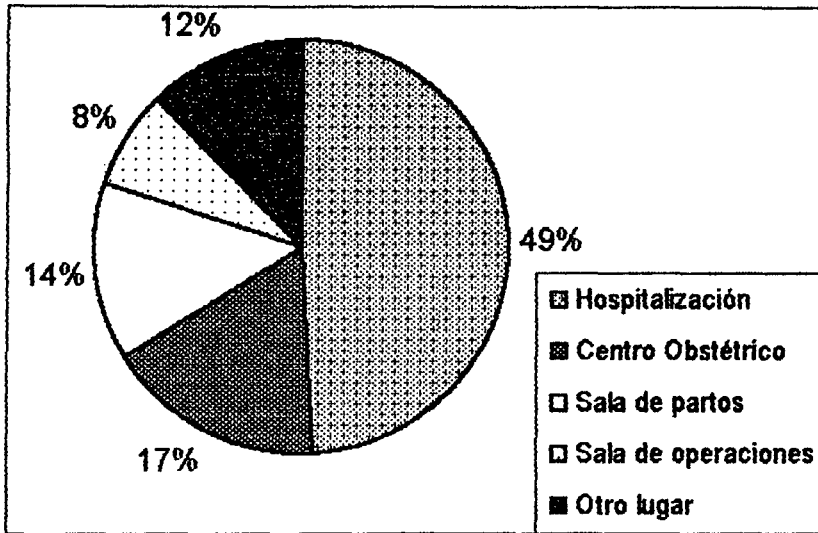
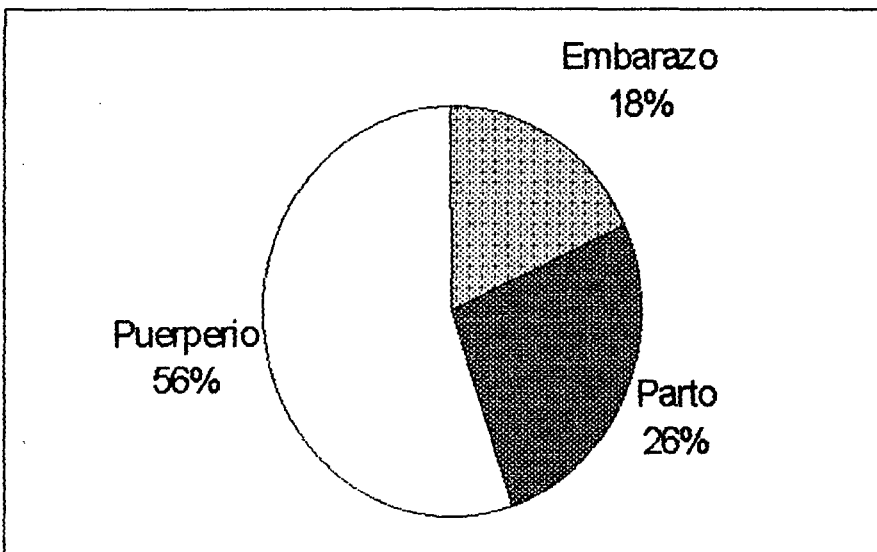


Gráfico N° 3
Período en que ocurrió la muerte materna



De acuerdo al momento de ocurrencia de la muerte materna el 53.3% ocurrió durante el puerperio, 26.1% durante el parto y 18.5 durante el embarazo. Como vemos el momento que ocurrieron con mayor frecuencia las muertes maternas fue durante el puerperio, etapa en que a veces se descuida a la mujer.

La edad promedio durante el embarazo que ocurrió la muerte fue de 20.50 ± 7.57 semanas con un rango de 8 a 30 semanas.

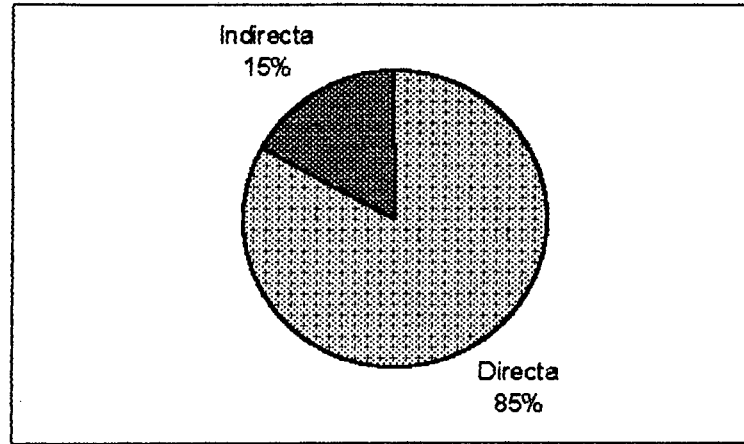
CUADRO 3

FASE DE TRABAJO DE PARTO QUE OCURRIÓ LAS MUERTES

Fase de trabajo de parto	Nº	%
Fase latente labor de parto (FLLP)	03	17.65
Fase activa de labor de parto (FALP)	04	23.53
Expulsivo	03	17.65
Alumbramiento	07	41.17
Total	17	100.00

En las muertes ocurridas durante el parto, la mayor parte (41.17%), ocurrieron durante la fase del alumbramiento, seguido por aquellas que ocurrieron en la fase activa (23.53%).

Gráfico N° 4
Tipo de causas de Muerte Materna



Como reporta la literatura la muerte materna por causa Directa sumaron 55 casos (85%) siendo la más común; las causas indirectas ocurrieron en los casos (15%)

CUADRO 4

MOMENTO DE OCURRENCIA Y CAUSAS DE MUERTE MATERNA

CAUSAS DE MUERTE	MOMENTO DE OCURRENCIA			TOTAL DE CASOS	
	Embarazo	Parto.	Puerperio.	No.	%
DIRECTAS					
Hemorragia más shock	01	09	03	13	20.0
Eclampsia	01	01	09	11	16.9
Sepsis post parto	--	--	09	09	13.8
Eclampsia-sépsis	--	--	04	04	6.2
Aborto incompleto sépsis	--	--	04	04	6.2
Aborto incompleto Shock Hipovol.	02	--	--	02	3.1
Anemia severa	01	01	--	02	3.1
Embarazo ectópico shock Hipovol.	01	--	01	02	3.1
Eclampsia shock hipovolémico	--	01	01	02	3.1
Óbito fetal	01	--	01	02	3.1
Aborto- Perforación uterina	01	--	--	01	1.5
Óbito - CID	--	--	01	01	1.5
Aborto - CID	01	--	--	01	1.5
Síndrome de Help	---	--	01	01	1.5
INDIRECTAS:					
Trastornos cardiovasculares	01	05	--	06	9.2
Malaria falciparum	02	--	01	03	4.6
Cirrosis hepática	--	--	01	01	1.5
TOTAL	12	17	36	65	100,0

Dentro de las diferentes causas directas encontramos: con mayor porcentaje la hemorragia 20%, la eclampsia con 15.9%, la sepsis puerperal 13.8% y las indirectas: trastornos cardio vasculares, malaria falciparum, cirrosis hepática.

CUADRO 5

ESTANCIA HOSPITALARIA (Hrs).

HORAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA HASTA LA OCURRENCIA DE MUERTE	Nº	%
0	11	16.9
1 - 6	37	56.9
7 - 12	06	9.2
13 - 24	02	3.1
> 24	09	13.8
TOTAL	65	100

$X = 24.19 \pm 72.18$ Rango = 0 - 450 hs.

El promedio de horas transcurridas desde la llegada de la paciente al hospital fue de 24.19 ± 72.18 horas; como se observa el mayor porcentaje corresponde aquellas pacientes que llegaron entre la 1 y las 6 horas (56.9%), seguido por aquellas que no demoraron ni siquiera una hora, es decir minutos. Es decir la mayor parte llegan con complicaciones previas donde no se puede hacer nada para salvarlos.

VII. DISCUSIÓN

La mortalidad materna ocurrida en un hospital, en determinada región, ciudad o país constituye un hecho de valor, por cuanto que el presente estudio ha de permitir evaluar la calidad de los servicios obstétricos existentes y además valorar el grado de educación sanitaria de la población que describen estos servicios (29).

El Perú cuya tasa de mortalidad es de 261 x 100.00 n.v. se encuentra entre los países en las cuales se podría hablar de una mortal epidemia silenciosa como consecuencia de las complicaciones del embarazo parto y puerperio, la tasa de mortalidad materna en el Perú se mantiene estacionaria en las últimas décadas presentándose en el año 1960- 400, 1963-398, 1970-390, 1975-350, 1980-318, 1983-303, 1992-261, todo esto por 100.000 n.v. indicando que la tasa de mortalidad para el país es mucho más alta en la región Loreto (37)

En los países en vías de desarrollo la tasa de mortalidad materna es de 480 x 100.000 n.v. se encuentra que la cifra para los países desarrollados es de 27 x 100.000 n.v.; durante los años que se realizó el estudio en el Hospital Apoyo Iquitos encontramos un total de 65 muertes maternas de todo esto observamos que en los últimos años se han ido incrementando el número de muertos.- La tasa de mortalidad en nuestro país es elevado realizando un análisis retrospectivo de los trabajos realizados en los países desarrollados tenemos, en los Estado Unidos de Norte América la tasa fluctúa entre 0.9 y 1.7 x 10.000 n.v. (16), en Inglaterra y Gales la tasa

reportada es de 2.1×10.000 n.v. (16), en Japón la tasa es de 4.5×10.000 n.v. (16), en comparación a nuestro país encontramos.

INSTITUCIÓN	AÑO	CIUDAD	T.M.M.	AUTOR
Hospital Edgardo Rebagliati	1983	Lima	4.8	16
Hospital maternidad de Lima	1984	Lima	9.3	21
Hospital Honorio Delgado	1984	Arequipa	16.0	35
Hospital Regional Trujillo	1984	Trujillo	20.3	26
Hospital Cayetano Heredia	1984	Lima	28.6	29
Hospital Regional Docente Ica	1984	Ica	38.6	35
Hospital Eleazar Guzmán	1989	Chimbote	16.0	37
Hospital Docente Las Mercedes	1990	Chiclayo	15.5	18

De todo este análisis confirmamos que los hospitales que se encuentran en provincias presentan una tasa de mortalidad más elevada que el de otro nivel, más aún la mayoría de muertes registradas se encuentran en los hospitales públicos debiéndose todo esto a la poca capacidad resolutive en todos los niveles de la red de servicios para solucionar las emergencias y complicaciones obstétricas, estas muertes expresan la inequidad de género puesto que las mujeres afrontan las mayores tasas de pobreza.

Aún en los últimos años las diferentes tendencias políticas han puesto en práctica sobre la importancia de dar apoyo al binomio madre niño por ser los grupo más vulnerables y de mayor riesgo de enfermar o morir

mejorando todo esto con una eficiente calidad y calidez y la suficiente capacidad resolutive de los servicios como el acceso a la atención, las dificultades en el transporte y otros la tasa de mortalidad materna se expresa por 10.000 n.v. a nivel de institución y por 100.00 n.v. a nivel nacional, mundial, etc..

La causa principal de muerte materna referida a nivel mundial y nacional son las directas que con diversas variaciones coinciden generalmente con las tres principales: infección, enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia, las causas disminuirían conforme se desarrollan acciones de prevención. Hasta ahora la literatura revisada reporta índices bajos de muerte materna indirecta que oscilan entre 7.2 y 26.3% (28,29).

Urbina R. En un estudio reporta que las causas de muerte materna se encuentran dentro de las directas 40.0% y en segundo lugar las indirectas (25) datos relacionados con Muñoz 87.8% (28), Ruiz de México 69.1% (31), Pacheco 71.4% (16), Caffò 83.1% (26), Heredia 84.4% seguido de las indirecta con 8.8% (18), en nuestro estudio realizado encontramos como causa directa la hemorragia seguido de la eclampsia y la sépsis puerperal, relacionándose con Cervantes R. Que reporta que la primera causa en el Perú es la hemorragia 85.0% seguido del aborto, infección, enfermedad hipertensiva del embarazo y otras en 26% seguido en un 15% de las indirectas (32) mientras que Urbina R. En el Hospital Víctor Lazarte Echegaray reporta que la primera causa es la infección luego la hemorragia no encontrándose casos de enfermedad

hipertensiva del embarazo (25), Mascaro reporta que en la Maternidad de Lima la primera causa es la infección en un 34.9% seguido de la toxemia 22.0% y la hemorragia 6.0% (33), Pacheco también reporta datos similares al de Mascaro mencionando a la infección como primera causa 15.3% seguido de las enfermedades hipertensivas del embarazo con un 21.4% y la hemorragia de 6.8% (16). Mientras que Caffo encuentra como causa directa la enfermedad hipertensiva del embarazo 38.03% seguido de la infección 21.1% (26), Heredia en un estudio realizado en el Hospital Regional docente las Mercedes Chiclayo refiere que la infección puerperal constituye la primera causa de muerte (18) cifra que coinciden con los hallazgos de Maradriegue en Lima 74.6% (29), López Gómez 41.7% (17). En Colombia en un estudio realizado con 353 casos durante 10 años refiere que las principales causas de mortalidad son las directas entre ellos la hipertensión inicia por el embarazo seguido de la hemorragia, causas por aborto y la infección puerperal indicando que todas estas causas fue mayor en relación a otros años (34), cabe mencionar que dentro de las causas directas en nuestro estudio se presentó con mayor frecuencia la hemorragia 20%, eclampsia 16.9% y la sepsis puerperal 13.8%, datos relacionados con muchos autores antes mencionados.

Las muertes indirectas en nuestro estudio representan el 15% en comparación con otros estudios Urbina R. Demuestra que las muertes indirectas representan el 20% debiéndose mayormente a la enfermedad pélvica inflamatoria (25) similar a lo reportado por Mascaro 22.0%

considerando dentro de ellos la tuberculosis, cardiopatías, embolia pulmonar, Mola y coriocarcinoma (33), Jerónimo reporta el 20.0% las causas indirectas enfatizando la insuficiencia cardíaca congénita, hepática y renal crónica (35) Pacheco J. Huaman encuentran el 14.9% de muertes indirectas presentándose la embolia pulmonar trastornos cardiovasculares y necrosis hepática (16), mientras que Caffo indica como primera causa indirecta la tuberculosis insuficiencia cardíaca, congestiva y Shock bacteriano (26) similar a lo reportado por Heredia (18); cabe mencionar que en el trabajo de investigación realizado en el hospital Apoyo Iquitos durante el período 1988 -98 nuestros resultados no difieren significativamente con los estudios revisados que se encuentran dentro de ellos.

De acuerdo al período de ocurrencia de la muerte materna es importante recordar que el puerperio es una etapa de mucho más riesgo para la mujer y muchas veces este período se da menos importancia, pero es necesario la vigilancia y el monitoreo hasta pasada las 2 horas postparto, sobre todo en aquellas mujeres con algunos factores de riesgo previos o con trabajo de parto complicados. Es importante también protocolizar todas las acciones a fin de que los pacientes puedan tener una atención integral.

VIII CONCLUSIONES

1. Las principales causas de muerte materna fueron:

Directas:

- La hemorragia - shock hipovolémico = 20%
- Eclampsia = 16.9%
- Sepsis puerperal = 13.8%

Indirectas:

- Trastornos cardiovasculares = 9.2%
- Malaria falciparum = 4.6%
- Cirrosis hepática = 1.5%
- Síndrome de Help = 1.5%

2. La tasa de mortalidad materna oscila entre 12 a 34 x 10,000 N.V; con un promedio de 23.1 x 10,000 N.V.
3. El momento de ocurrencia de la muerte materna más frecuente fue durante el puerperio = 56%.
4. El lugar donde ocurrieron con mayor frecuencia las muertes fue en Hospitalización = 49%
5. La estancia promedio hospitalaria entre el ingreso y el momento de la muerte fue de 24.19 ± 72.18 horas. Siendo más frecuente menor de 6 horas = 73.8%.

IX. RECOMENDACIONES

1. Incentivar y educar a la comunidad a fin de aumentar la cobertura del control prenatal llegando al menos a los 4 controles por paciente que propone la Organización mundial de la Salud para la identificación temprana de los signos de alarma tanto en la madre como en el recién nacido y referir a la paciente cuando sea necesario a nivel más complejo.
2. Mejorar el sistema de captación y la calidad de atención a la gestante teniendo en cuenta el enfoque de riesgo.
3. Continuaron la vigilancia epidemiológica de las muertes maternas de forma prospectiva para facilitar la toma de decisiones y acciones a corto plazo.
4. Investigar la calidad y sobre vida de los hijos de las fallecidas como demostración del impacto social que se produce con la muerte de las madres.
5. Contribuir a la promoción y ampliación de los servicios de Planificación Familiar, luchando para que se asegure de disponibilidad de una amplia gama de métodos y el acceso de la población a una información y orientación adecuada.
6. Promover el uso del sistema informativo perinatal en su conjunto para la mejor recopilación de los datos en el hospital de estudio.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. LUGONES B. QUINTANA R. (1997). **La Prevención y reducción de la mortalidad materna dependen fundamentalmente de la atención primaria** Rev. Cubana Med Gen Integr;13(1):5-6 .
2. CABEZAS E. (1993) **Mortalidad Materna**. Rev Cubana Obstet Ginecol 19(2):75-7.
3. FRANCISCO J., LOPEZ F., ANTUÑANO R. (1998) **"Día Mundial de la Salud Seguridad Materna"**. Tomado del Mensaje del Director general de la OMS (Ginebra). 12:26
4. CUENTAS Z. (1998), **"Es necesario que el problema de la muerte materna deje de ser silenciado y pase a ser una causa política"** Rev. Conferencia Nacional por una Maternidad sin Riesgo. Bol. Epidemiol Unicef México 22-28.
5. ANGEL L. (1998) **Hay un subregistro del 60 por ciento del registro de muertes maternas en el país**. Rev. Segunda Conferencia Nacional por una Maternidad sin Riesgo. Bol Epidemiol Cims .México 38-39.
6. RISTORI C., TORO J.(1987), **"Mortalidad general, infantil, materna y por grupos de causas"**. Bol. Epidemiol. Chile ; 14:97.
7. BENNEDETTI W.L.(1989) **"Malaria un problema también perinatal"**. Rev. Salud perinatal ; 3 (9): 24-26.
8. HATCHER R.; GUEST F: (1989). **"Contraceptive Technology"**. 14Th ed. Atlanta, Georgia; printed matter: 149.

9. PETITTI R. C.(1991), **"Mortalidad materna intrahospitalaria en los Estados Unidos de Norteamérica: tendencia temporales en relación con el método de parto"**. Rev. Obstet. y Ginecol. 17(2):65-9.
10. H. ABRAVOMICI, A. ROFE, J. ATAD (1989), **"Terminación de un aborto retenido en el trimestre medio por inflamación extra ovular de solución salina normal"**. Rev. Obstet. Ginecol. 12(2) 7-16.
11. AM J.(1990) **Riesgo de muerte por procedimientos combinados de aborto- esterilización**. Rev. Obstet-Ginecol. 23(4): 142-269.
12. PRITCHARD A., MACDONAL C., GANT F. (1987) **"Williams Obstetricia"** Edit. Salvat 1 (3) 1-6.
13. PEREZ S.: (1994) **"Obstetricia"** Segunda edición. Santiago de Chile edit. Mediterráneo. Pp. 2-6.
14. OPS : (1986) **"Elementos básicos para el estudio y prevención de la mortalidad materna"**. Bol Epidemiol. Chile 7: 4-5
15. ENDSA; (1994). **"Niveles de mortalidad en Bolivia"** Rev. Demográfica 1 (2) 33-45.
16. PACHECO J, HUAMAN N., VALDIVIA C (1989).**"Mortalidad materna en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins IPSS experiencia de 25 años"**. Rev. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, 35 (8): 13-21.
17. LOPEZ J., BRACHO C. (1985). **"Mortalidad en el Servicio de Obstetricia del Hospital Dr Adolfo Princ Lara"** Rev. Obstetricia y Ginecología 10(45): 37-46.

18. HEREDIA B., (1992) **"Mortalidad Materna en el Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo 1981-1990"** Tesis para optar el Título de Obstetriz Universidad Nacional de San Martín- Tarapoto 1992. 2 (1):28.
19. LOPEZ J., BRACHO C. y Col. (1984), **"Operación cesárea en el Servicio de Obstetricia del Hospital Adolfo Pralora Puerto Cabello"** Rev. Obst. Y Ginecol 16 (578-192).
20. YUMBATO P., (1987), **"Mortalidad materna por aborto séptico en el Hospital Integrado IPSS Tarapoto"** Tesis para optar Título de Obstetriz, Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto. 4 (1) 12-13.
21. O. M.S., (1986) **"Mortalidad Materna, ayudar a las mujeres a evitar el camino de la muerte"**. Crónicas. OMS ; 40 (5): 195-205.
22. LAIRET O.; PAZ L, (1986). **"Mortalidad Materna en el Hospital Central Portugués"**. Rev. Obst. Y Ginecol , 46(11): 33-36.
23. URIZA G.; LOPEZ S; (1982) **"Estudio Hospitalario de Mortalidad materna. estudio de 400 casos"** Rev. Obstet. Y Ginecol. 33 (6): 325-341.
24. ZARATE J. (1990). **"Mortalidad Materna en el Hospital Loayza 1970-1980."** Tesis (Dr), Universidad Particular Cayetano Heredia. 4 (2): 13-15
25. ATILANO U., (1992): **"Mortalidad Materna en el Hospital de Apoyo Víctor Laserte Echegaray IPSS-Trujillo"**. Tesis para título de obstetra, Universidad Nacional de San Martín. Tarapoto. 3 (1): 17-19.
26. CAFFO R., (1985): **"Mortalidad Materna en el Hospital Regional Docente de Trujillo 1984-1985"**. Tesis (especialidad en ginecología y obstetricia), Universidad Nacional de Trujillo: 30.

27. GIL E., (1992): **"La mortalidad Materna y Factores de Riesgo estudio de casos y controles"**. 1ª edic. Medellin Colombia. Edit. Marín , pp. 80-90.
28. BERNAL A. (1990): **"Mortalidad Materna en el HCN. IPSS 1980"**. Tesis (Br), Universidad Particular Cayetano Heredia: 28-30.
29. MARADIGO E., (1995): **"Mortalidad materna en el Hospital Cayetano Heredia"**. Rev. Act. Med. 3 (13): 41-45.
30. MUÑOZ L., MUÑOZ H., BECERRA E., (1985): **"Mortalidad materna en el Instituto materno infantil de Bogotá"**. Rev. Med. 39 (4): 331-51
31. RUIT J. RODRIGUEZ C, MARQUEZ C, (1982): **"Mortalidad materna en el Hospital Central Militar"**. Rev. Ginecol Obstet. México, 50 (298): 29-33.
32. CERVANTES R., WATANABE T, DENEGRÍ J. (1988): **"Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú 1985"**. Ministerio de Salud. Serv. Obstetricia y Ginecología. Edit. Arte gráfico Lima Perú: 281.
33. MASCARO P., BACHMAN C., (1985): **"Mortalidad Materna en el Hospital Maternidad de Lima"** . Rev. Ginecol. Y Obst. (1):33-1.
34. SALAZAR L. y VASQUEZ M., (1985-1994): **"Mortalidad Materna en Cali, una década sin cambio"**. Rev. Perinatal. (Colombia) (6): 14-7.
35. LINAREZ N., SOLIS F, (1985): **"Mortalidad Materna"**. Tema libre VIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología Arequipa 3 (7) : 25-30.
36. MOSSMAN H. W. (1994): **"Mortalidad sin riesgo Ideas para la acción"** New York Family International. 37 (76): 1-5.
37. WONG L., (1991) **"Muerte Materna en el Hospital Apoyo Eleazar Guaman de Chimbote 1982-1989"**. Rev. De la Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia; 35 (9): 24-29.

XI. ANEXOS

FORMULARIO DE INVESTIGACIÓN

CODIGO.

N° de H.C

Fecha de Ingreso
Día mes

año

DATOS GENERALES:

EDAD MATERNA

Procedencia:

- Rural..... 1
Semi rural..... 2
Urbana..... 3
Urbana marginal. 4

Estado Civil:

- Soltera..... 1
Conviviente..... 2
Casada..... 3
Viuda..... 4
Divorciada..... 5

Ocupación:

- Su casa..... 1
Empleada doméstica... 2
Agricultora..... 3
Comerciante..... 4
Empleada Pública..... 5
Estudiante..... 6
Otro..... 7

Grado de Instrucción:

- Iletrado..... 1
Primaria Incompleta.... 2
Primaria Completa..... 3
Secundaria Incompleta.. 4
Secundaria Completa.... 5
Superior Incompleta.... 6
Superior Completa..... 7

Nivel socioeconómico: mensual:

- Bajo..... 1
soles
Medio..... 2
familia:
Alto..... 3

Ingreso familiar

.....Nuevos

Numero Integran

.....personas

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

Antecedentes patológicos previos: Si No

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| Diabetes..... | 1 | 2 |
| TBC..... | 1 | 2 |
| Hipertensión Crónica..... | 1 | 2 |
| Enfermedad pélvica inflamatoria | 1 | 2 |
| Anemia..... | 1 | 2 |

Metrorragias.....	1	2
Salpingitis.....	1	2
Cá de mama.....	1	2
Cá de cervix.....	1	2
Otros	(especificar)	

Paridad:

N° de Partos.....

Ant. Parto Pretérmino:

N° P.P.T.....

Lugar Control Prenatal

Hospital Iquitos..... 1

Otros establec. MINSA.. 2

Particulares..... 3

Ninguno..... 4

Intergenésico.....(tiempo)

Antecedentes de Aborto:

N° de Abortos.....

Edad Gestacional:

..... Sem.

Tiempo de Inicio C.P.N.

..... Sem.

N° de C.P.N.

Diagnóstico por Análisis:

Vaginitis 1

Anemia..... 2

Inf. Trac. Urinario..... 3

Análisis en C.P.N.:

No..... 1

Completo..... 2

Incompleto..... 3

Fases Trab. Parto Ingresó:

No Trab. Parto..... 1

Pródromos 2

F.L.L. Parto..... 3

F.A.L. Parto..... 4

Período Expuls..... 5

Período alumb..... 6

PatologAsoci. Emb.Part:

R.P.M. SI NO

I.T.U SI NO

A.P.P.T. SI NO

Placenta previa SI NO

D.P.P..... SI NO

Inercia uterina SI NO

Fiebre previa SI NO

Oligoamnios SI NO

Hidramnios SI NO

Obito fetal..... SI NO

Convulsiones..... SI NO

Edema..... SI NO

Taquicardia Mat.. SI NO

Otras.....

Horas RPM

Color de Líquido Amniótico:

Claro..... 1

Verde claro..... 2

Verde espeso..... 3

Amarillo..... 4

Rojizo..... 5

Tipo de Parto:

P. Vaginal eutoc..... 1
 P. Vaginal Dist..... 2
 P. Vaginal Instr..... 3
 P. Abdominal..... 4

Medicación Postparto:

Maleato Ergonov..... 1
 Oxitocina..... 2
 Otro..... 3

Uso de Anestésicos: SI 1 NO 2
 Cúal?.....

Duración Trab. De Parto:

Período dilat..... Hrs.
 Período expuls..... Hrs.
 Período alumb..... Hrs.
 Total Trab. Parto..... Hrs.

Talla del Recién Nacido:

..... Cm.

Complicaciones postparto:**Obstétricos:**

Hemorragia SI NO
 Preeclampsia SI NO
 Desgarro I° SI NO
 Desgarro II° SI NO
 Desgarro III° SI NO
 Desgarro Cerv. SI NO
 Desgarro Vag. SI NO

Médicos:

Anemia..... 1
 Inf. Trac. Urinario..... 2
 Eosinofilia..... 3
 Otros..... 4

Especifique

Estancia Hospitalaria: días

Inicio Trabajo de Parto:

Espontáneo..... 1
 Inducido..... 2

Paciente manipulada :

Si 1 No 2

Causa Distocia Vaginal:

Present. Pod. SI NO
 Emb. Múltiple SI NO
 Circular c/difi. SI NO
 Prolapso Cordón SI NO
 Pres. Comp. c/dif. SI NO
 Otro.....

Especifique

Peso Recién Nacido:

..... gramos

Sexo Recién Nacido

Femenino..... 1
 Masculino..... 2

Apgar al Minuto:

..... (puntaje)

Retenc. Plac.... SI NO
 Retenc. Memb. SI NO
 Shock..... SI NO
 Edema Vulvar.... SI NO
 Delirio SI NO
 Endomet.Puer.... SI NO
 Hipotonía Ut..... SI NO
 Atonía Uterina SI NO

MOMENTO DE OCURRENCIA DE LA MUERTE MATERNA:

Embarazo	1	Edad gest. Ocurrencia		
Parto	2	Fase latente	Si	No
Puerperio	3	Fase Activa	Si	No
		Expulsivo	Si	No
		Alumbramiento	Si	No
		Horas Transcurridas.....	Hrs.	

LUGAR DE OCURRENCIA DE LA MUERTE MATERNA:

Su casa	1	Camino lapso traslado	2
Emergencia	3	Serv. Hospitalización	4
Centro Obstétrico	5	Sala de Partos	6
Sala de operac.	7	Otro lugar	8

Dx de defunción.....
